RESUMO EXPANDIDO - V. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM E OS SISTEMAS DE SAÚDE

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E CUIDADO ÀS PESSOAS QUE USAM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Suelen Cardoso Leite Bica (suellehn@gmail.com)

Gilmar Guterres Ortiz (gilmarortiz@yahoo.com.br)

Michele Mandagara De Oliveira (mandagara@hotmail.com)

Maiquel Da Fonseca Fouchy (maiquelffouchy@gmail.com)

Lisiane Da Cunha Martins Da Silva (lisicunha.martins@gmail.com)

Helena Peter Pereira (helenap.enfermagem@gmail.com)

Representações sociais e cuidado às pessoas que usam substâncias psicoativas

Introdução

As práticas de cuidado desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família são atravessadas por modos de compreender saúde, doença, sofrimento, território e responsabilidade profissional. Quando o objeto do cuidado envolve o uso de substâncias psicoativas, essas práticas tornam-se ainda mais permeadas por

disputas entre saber científico, senso comum, moralidades sociais e modelos assistenciais. A literatura e a tese que fundamenta este resumo indicam que o cuidado às pessoas que usam substâncias psicoativas não depende apenas da existência formal de serviços, mas da forma como os trabalhadores reconhecem essas pessoas como sujeitos de direitos, identificam suas necessidades e se percebem corresponsáveis pelo cuidado no território (SCHNEIDER et al., 2013; PETUCO, 2014).

A Teoria das Representações Sociais contribui para analisar essa problemática porque permite compreender como profissionais de saúde atribuem sentidos aos usuários, às drogas e às possibilidades de cuidado, por meio dos processos de ancoragem e objetivação (MOSCOVICI, 2010; JODELET, 2001). Assim, a pessoa que usa substâncias psicoativas pode ser representada como doente, perigosa, vulnerável, culpada, resistente ao tratamento ou dependente de cuidado especializado. Cada uma dessas representações orienta práticas distintas, como acolhimento, escuta, vínculo, encaminhamento, evitação, julgamento ou responsabilização compartilhada.

No contexto dos sistemas de saúde, compreender essas representações é fundamental para qualificar a força de trabalho e ampliar a capacidade da atenção básica de responder a necessidades complexas. A redução de danos, nesse cenário, constitui uma perspectiva ética e prática que desloca o cuidado da abstinência como única finalidade para a construção de respostas possíveis, negociadas e centradas na vida concreta dos sujeitos (PETUCO, 2014).

Objetivo(s)

Discutir as representações sociais de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre pessoas que usam substâncias psicoativas e analisar como essas representações orientam práticas de cuidado, encaminhamento, vínculo e corresponsabilização no âmbito da atenção básica.

Método

O presente estudo trata-se de um recorte da pesquisa matriz intitulada “Necessidades de saúde e uso de substâncias psicoativas: representações sociais de profissionais da Estratégia Saúde da Família”, aprovada pelo Comitê

de Ética em Pesquisa sob parecer nº 4.346.910. Foi utilizada abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, tendo como referencial a Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2010; JODELET, 2001). O campo empírico foi uma Unidade Básica de Saúde de Pelotas, no Rio Grande do Sul, selecionada por sua inserção territorial e por experiências prévias de pesquisa e extensão relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas. A unidade contava com três equipes de Saúde da Família e uma equipe de saúde bucal. Dos quinze profissionais elegíveis, nove participaram da pesquisa, incluindo trabalhadoras integrantes das equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família.

Foram incluídos profissionais com atuação superior a seis meses na unidade, aceite para participação em encontro virtual, autorização para gravação da entrevista e concordância com a divulgação científica dos resultados. Foram excluídos trabalhadores em férias ou licença no período de coleta. A coleta ocorreu por entrevistas semiestruturadas virtuais, realizadas entre outubro e novembro de 2020, gravadas em áudio e transcritas. A análise dos dados seguiu as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, conforme Bardin, com interpretação sustentada pela Teoria das Representações Sociais (BARDIN, 2011; MOSCOVICI, 2010).

Resultados

As profissionais expressaram a ideia de que esses usuários “precisam de ajuda”, “precisam de apoio” e necessitam de tratamento em serviços como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Embora tais formulações indiquem reconhecimento de sofrimento e demanda assistencial, também evidenciam tendência à transferência da responsabilidade do cuidado para outros pontos da rede, como se a atenção básica ocupasse papel secundário ou apenas intermediário. Esse resultado dialoga com estudos que mostram dificuldades da Estratégia Saúde da Família no atendimento a usuários de drogas, especialmente quando as equipes se percebem pouco preparadas para manejar essas demandas no território (SCHNEIDER et al., 2013).

Essa compreensão produz efeitos diretos sobre o processo de trabalho. O acolhimento aparece como prática possível e valorizada, mas muitas vezes é reduzido à escuta inicial seguida de orientação ou encaminhamento. A lógica do

encaminhamento, quando não acompanhada de corresponsabilização, fragiliza a continuidade do cuidado e pode reproduzir a fragmentação entre saúde mental e atenção básica. Nesse sentido, o usuário é recebido na unidade, mas sua necessidade principal é percebida como pertencente a outro serviço, o que limita a atuação territorial da Estratégia Saúde da Família.

As representações sociais também revelam tensão entre o universo reificado e o universo consensual. De um lado, as profissionais reconhecem o uso problemático de substâncias como questão de saúde, aproximando-se de uma leitura técnico-científica e biomédica. De outro, essa leitura aparece misturada a concepções moralizantes, como a ideia de que a pessoa “não quer ajuda”, “não quer se tratar” ou chegou à dependência por escolha individual. A articulação entre doença e vontade pessoal desloca parte da responsabilidade para o indivíduo e pode enfraquecer práticas baseadas em redução de danos, autonomia, negociação e construção compartilhada de projetos terapêuticos (PETUCO, 2014).

Outro achado relevante é a associação entre uso de substâncias, violência e insegurança. A presença de medo na abordagem interfere na disposição para realizar visitas, ações de educação em saúde ou grupos específicos, resultando em evitação ou aproximações mediadas por cautela. Essas atitudes não devem ser compreendidas apenas como escolhas individuais das profissionais, mas como expressão de representações sociais historicamente construídas em uma sociedade marcada por políticas proibicionistas, criminalização do uso de drogas e estigmatização de populações vulnerabilizadas. Na perspectiva das representações sociais, esses sentidos socialmente compartilhados orientam condutas e tornam familiar o que é percebido como ameaçador ou desconhecido (MOSCOVICI, 2010; JODELET, 2001).

Ao mesmo tempo, os resultados apontam que o vínculo territorial constitui uma tecnologia leve potente para reorientar práticas. Profissionais que residiam ou atuavam há mais tempo na comunidade relataram maior possibilidade de aproximação com famílias e usuários, ainda que também reconhecessem limites técnicos para conduzir situações complexas. A familiaridade com o território favoreceu conversas, acolhimento de familiares, identificação indireta

de sofrimento e oferta de recursos básicos de cuidado. Essa potência confirma que a Estratégia Saúde da Família possui condições singulares para reconhecer necessidades que não chegam aos serviços como demandas explícitas.

A análise evidencia ainda a importância da qualificação da força de trabalho. A ausência de capacitação específica em saúde mental e uso de substâncias psicoativas limitou a segurança das profissionais e reforçou a dependência de especialistas. A educação permanente em saúde e o apoio matricial aparecem, nesse contexto, como estratégias fundamentais para transformar representações sociais e práticas de cuidado. Mais do que treinamentos pontuais, essas estratégias devem partir dos problemas reais do território, promover reflexão crítica sobre preconceitos e fortalecer a corresponsabilização entre equipes de referência e equipes especializadas.

Conclusão

As representações sociais das profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre pessoas que usam substâncias psicoativas orientam práticas de cuidado marcadas por acolhimento inicial, encaminhamento ao serviço especializado, medo, insegurança e reconhecimento parcial das necessidades de saúde. A centralidade atribuída ao tratamento especializado revela limites na apropriação da atenção básica como espaço legítimo de cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. Para fortalecer a força de trabalho e os sistemas de saúde, é necessário investir em educação permanente, matriciamento, redução de danos e reorganização dos processos de trabalho, de modo que as equipes possam reconhecer as pessoas que usam substâncias psicoativas para além do consumo, como sujeitos singulares, portadores de múltiplas necessidades e direitos.

Referências

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

JODELET, D. Representação social: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigação em psicologia social. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

PETUCO, D. R. S. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Org.). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

SCHNEIDER, J. F.; ROOS, C. M.; OLSCHOWSKY, A.; PINHO, L. B.; CAMATTA, M. W.; WETZEL, C. Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 22, n. 3, p. 654-660, 2013.

Representaciones sociales y cuidado a personas que usan sustancias psicoactivas

Introducción

Las prácticas de cuidado desarrolladas en la Estrategia de Salud de la Familia están atravesadas por modos de comprender la salud, la enfermedad, el sufrimiento, el territorio y la responsabilidad profesional. Cuando el objeto del cuidado involucra el uso de sustancias psicoactivas, estas prácticas se vuelven aún más permeadas por disputas entre saber científico, sentido común, moralidades sociales y modelos asistenciales. La literatura y la tesis que fundamenta este resumen indican que el cuidado a las personas que usan sustancias psicoactivas no depende solamente de la existencia formal de servicios, sino también de la forma en que los trabajadores reconocen a estas personas como sujetos de derechos, identifican sus necesidades y se perciben corresponsables por el cuidado en el territorio (SCHNEIDER et al., 2013; PETUCO, 2014).

La Teoría de las Representaciones Sociales contribuye al análisis de esta problemática porque permite comprender cómo los profesionales de salud atribuyen sentidos a los usuarios, a las drogas y a las posibilidades de cuidado mediante los procesos de anclaje y objetivación (MOSCOVICI, 2010; JODELET,

2001). Así, la persona que usa sustancias psicoactivas puede ser representada como enferma, peligrosa, vulnerable, culpable, resistente al tratamiento o dependiente de atención especializada. Cada una de estas representaciones orienta prácticas distintas, como acogida, escucha, vínculo, derivación, evitación, juicio o responsabilidad compartida.

En el contexto de los sistemas de salud, comprender estas representaciones es fundamental para cualificar la fuerza de trabajo y ampliar la capacidad de la atención primaria para responder a necesidades complejas. La reducción de daños, en este escenario, constituye una perspectiva ética y práctica que desplaza el cuidado de la abstinencia como única finalidad hacia la construcción de respuestas posibles, negociadas y centradas en la vida concreta de los sujetos (PETUCO, 2014).

Objetivo(s)

Discutir las representaciones sociales de profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia sobre personas que usan sustancias psicoactivas y analizar cómo esas representaciones orientan prácticas de cuidado, derivación, vínculo y corresponsabilización en el ámbito de la atención primaria.

Método

El presente estudio es un recorte de la investigación matriz titulada “Necesidades de salud y uso de sustancias psicoactivas: representaciones sociales de profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia”, aprobada por el Comité de Ética en Investigación bajo el dictamen n.º 4.346.910. Se utilizó un enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio, con la Teoría de las Representaciones Sociales como marco teórico (MOSCOVICI, 2010; JODELET, 2001). El campo empírico fue una Unidad Básica de Salud de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, seleccionada por su inserción territorial y por experiencias previas de investigación y extensión relacionadas con el uso de crack, alcohol y otras drogas. La unidad contaba con tres equipos de Salud de la Familia y un equipo de salud bucal. De los quince profesionales elegibles, nueve participaron en la investigación, incluidas trabajadoras integrantes de los equipos mínimos de la Estrategia de Salud de la Familia.

Fueron incluidos profesionales con actuación superior a seis meses en la unidad, aceptación para participar en un encuentro virtual, autorización para grabación de la entrevista y consentimiento para la divulgación científica de los resultados. Fueron excluidos trabajadores en vacaciones o licencia durante el período de recolección. La recolección ocurrió mediante entrevistas semiestructuradas virtuales, realizadas entre octubre y noviembre de 2020, grabadas en audio y transcritas. El análisis de los datos siguió las etapas de preanálisis, exploración del material y tratamiento de los resultados, según Bardin, con interpretación sustentada por la Teoría de las Representaciones Sociales (BARDIN, 2011; MOSCOVICI, 2010).

Resultados

Las profesionales expresaron la idea de que estos usuarios “necesitan ayuda”, “necesitan apoyo” y requieren tratamiento en servicios como el Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas. Aunque tales formulaciones indican reconocimiento del sufrimiento y de la demanda asistencial, también evidencian una tendencia a transferir la responsabilidad del cuidado hacia otros puntos de la red, como si la atención primaria ocupara un papel secundario o apenas intermediario. Este resultado dialoga con estudios que muestran dificultades de la Estrategia de Salud de la Familia en la atención a usuarios de drogas, especialmente cuando los equipos se perciben poco preparados para manejar estas demandas en el territorio (SCHNEIDER et al., 2013).

Esta comprensión produce efectos directos sobre el proceso de trabajo. La acogida aparece como práctica posible y valorada, pero muchas veces se reduce a una escucha inicial seguida de orientación o derivación. La lógica de la derivación, cuando no está acompañada de corresponsabilización, fragiliza la continuidad del cuidado y puede reproducir la fragmentación entre salud mental y atención primaria. En este sentido, el usuario es recibido en la unidad, pero su necesidad principal es percibida como perteneciente a otro servicio, lo que limita la actuación territorial de la Estrategia de Salud de la Familia.

Las representaciones sociales también revelan una tensión entre el universo reificado y el universo consensual. Por un lado, las profesionales reconocen el uso problemático de sustancias como una cuestión de salud, aproximándose a

una lectura técnico-científica y biomédica. Por otro lado, esa lectura aparece mezclada con concepciones moralizantes, como la idea de que la persona “no quiere ayuda”, “no quiere tratarse” o llegó a la dependencia por elección individual. La articulación entre enfermedad y voluntad personal desplaza parte de la responsabilidad hacia el individuo y puede debilitar prácticas basadas en reducción de daños, autonomía, negociación y construcción compartida de proyectos terapéuticos (PETUCO, 2014).

Otro hallazgo relevante es la asociación entre uso de sustancias, violencia e inseguridad. La presencia de miedo en el abordaje interfiere en la disposición para realizar visitas, acciones de educación en salud o grupos específicos, lo que resulta en evitación o aproximaciones mediadas por cautela. Estas actitudes no deben comprenderse solamente como elecciones individuales de las profesionales, sino como expresión de representaciones sociales históricamente construidas en una sociedad marcada por políticas prohibicionistas, criminalización del uso de drogas y estigmatización de poblaciones vulnerabilizadas. Desde la perspectiva de las representaciones sociales, estos sentidos socialmente compartidos orientan conductas y vuelven familiar aquello que es percibido como amenazante o desconocido (MOSCOVICI, 2010; JODELET, 2001).

Al mismo tiempo, los resultados muestran que el vínculo territorial constituye una tecnología leve potente para reorientar prácticas. Profesionales que residían o actuaban desde hacía más tiempo en la comunidad relataron mayor posibilidad de aproximación con familias y usuarios, aunque también reconocieran límites técnicos para conducir situaciones complejas. La familiaridad con el territorio favoreció conversaciones, acogida de familiares, identificación indirecta de sufrimiento y oferta de recursos básicos de cuidado. Esta potencia confirma que la Estrategia de Salud de la Familia posee condiciones singulares para reconocer necesidades que no llegan a los servicios como demandas explícitas.

El análisis evidencia además la importancia de la cualificación de la fuerza de trabajo. La ausencia de capacitación específica en salud mental y uso de sustancias psicoactivas limitó la seguridad de las profesionales y reforzó la

dependencia de especialistas. La educación permanente en salud y el apoyo matricial aparecen, en este contexto, como estrategias fundamentales para transformar representaciones sociales y prácticas de cuidado. Más que capacitaciones puntuales, estas estrategias deben partir de los problemas reales del territorio, promover reflexión crítica sobre prejuicios y fortalecer la corresponsabilización entre equipos de referencia y equipos especializados.

Conclusión

Las representaciones sociales de las profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia sobre personas que usan sustancias psicoactivas orientan prácticas de cuidado marcadas por acogida inicial, derivación al servicio especializado, miedo, inseguridad y reconocimiento parcial de las necesidades de salud. La centralidad atribuida al tratamiento especializado revela límites en la apropiación de la atención primaria como espacio legítimo de cuidado en salud mental, alcohol y otras drogas. Para fortalecer la fuerza de trabajo y los sistemas de salud, es necesario invertir en educación permanente, apoyo matricial, reducción de daños y reorganización de los procesos de trabajo, de modo que los equipos puedan reconocer a las personas que usan sustancias psicoactivas más allá del consumo, como sujetos singulares, portadores de múltiples necesidades y derechos.

Referencias

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

JODELET, D. Representação social: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigação em psicologia social. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

PETUCO, D. R. S. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Org.). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

SCHNEIDER, J. F.; ROOS, C. M.; OLSCHOWSKY, A.; PINHO, L. B.; CAMATTA, M. W.; WETZEL, C. Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos

profissionais da Estratégia Saúde da Família. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 22, n. 3, p. 654-660, 2013.

Social representations and care for people who use psychoactive substances

Introduction

Care practices developed within the Family Health Strategy are shaped by ways of understanding health, illness, suffering, territory and professional responsibility. When the object of care involves psychoactive substance use, these practices become even more permeated by disputes between scientific knowledge, common sense, social moralities and care models. The literature and the thesis that supports this abstract indicate that care for people who use psychoactive substances does not depend only on the formal existence of services, but also on how workers recognize these people as subjects of rights, identify their needs and perceive themselves as co-responsible for care in the territory (SCHNEIDER et al., 2013; PETUCO, 2014).

The Theory of Social Representations contributes to the analysis of this issue because it allows us to understand how health professionals attribute meanings to users, drugs and possibilities of care through the processes of anchoring and objectification (MOSCOVICI, 2010; JODELET, 2001). Thus, the person who uses psychoactive substances may be represented as ill, dangerous, vulnerable, guilty, resistant to treatment or dependent on specialized care. Each of these representations guides different practices, such as reception, listening, bonding, referral, avoidance, judgment or shared responsibility.

In the context of health systems, understanding these representations is essential to qualify the workforce and expand the capacity of primary care to respond to complex needs. Harm reduction, in this scenario, constitutes an ethical and practical perspective that shifts care away from abstinence as the only goal toward the construction of possible, negotiated responses centered on the concrete lives of individuals (PETUCO, 2014).

Objective(s)

To discuss the social representations of Family Health Strategy professionals regarding people who use psychoactive substances and to analyze how these representations guide practices of care, referral, bonding and co-responsibility within primary health care.

Method

This study is an excerpt from the matrix research entitled “Health needs and psychoactive substance use: social representations of professionals from the Family Health Strategy,” approved by the Research Ethics Committee under opinion no. 4,346,910. A qualitative, descriptive and exploratory approach was used, with the Theory of Social Representations as the theoretical framework (MOSCOVICI, 2010; JODELET, 2001). The empirical field was a Primary Health Care Unit in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, selected because of its territorial insertion and previous research and extension experiences related to the use of crack, alcohol and other drugs. The unit had three Family Health teams and one oral health team. Of the fifteen eligible professionals, nine participated in the study, including workers from the minimum teams of the Family Health Strategy.

Professionals who had worked in the unit for more than six months, agreed to participate in a virtual meeting, authorized audio recording of the interview and consented to the scientific dissemination of results were included. Workers who were on vacation or leave during the data collection period were excluded. Data were collected through virtual semi-structured interviews, conducted between October and November 2020, audio-recorded and transcribed. Data analysis followed the stages of pre-analysis, exploration of the material and treatment of results, according to Bardin, with interpretation supported by the Theory of Social Representations (BARDIN, 2011; MOSCOVICI, 2010).

Results

The professionals expressed the idea that these users “need help,” “need support” and require treatment in services such as the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs. Although such statements indicate recognition of suffering and care demands, they also reveal a tendency to transfer responsibility for care to other points in the network, as if primary care had a

secondary or merely intermediary role. This result is consistent with studies showing difficulties faced by the Family Health Strategy in caring for drug users, especially when teams perceive themselves as insufficiently prepared to manage these demands in the territory (SCHNEIDER et al., 2013).

This understanding has direct effects on the work process. Reception appears as a possible and valued practice, but it is often reduced to initial listening followed by guidance or referral. The logic of referral, when not accompanied by co-responsibility, weakens continuity of care and may reproduce fragmentation between mental health and primary care. In this sense, the user is received in the unit, but their main need is perceived as belonging to another service, which limits the territorial role of the Family Health Strategy.

Social representations also reveal a tension between the reified universe and the consensual universe. On the one hand, professionals recognize problematic substance use as a health issue, approaching a technical-scientific and biomedical interpretation. On the other hand, this interpretation appears mixed with moralizing conceptions, such as the idea that the person “does not want help,” “does not want treatment” or became dependent by individual choice. The articulation between illness and personal will transfers part of the responsibility to the individual and may weaken practices based on harm reduction, autonomy, negotiation and the shared construction of therapeutic projects (PETUCO, 2014).

Another relevant finding is the association between substance use, violence and insecurity. Fear during the approach interferes with the willingness to conduct home visits, health education actions or specific groups, resulting in avoidance or cautious approaches. These attitudes should not be understood only as individual choices by professionals, but as expressions of social representations historically constructed in a society marked by prohibitionist policies, criminalization of drug use and stigmatization of vulnerable populations. From the perspective of social representations, these socially shared meanings guide conduct and make familiar what is perceived as threatening or unknown (MOSCOVICI, 2010; JODELET, 2001).

At the same time, the results show that territorial bonding constitutes a powerful light technology for reorienting practices. Professionals who lived or had worked longer in the community reported greater possibilities for approaching families and users, although they also recognized technical limitations in handling complex situations. Familiarity with the territory favored conversations, reception of family members, indirect identification of suffering and the offer of basic care resources. This potential confirms that the Family Health Strategy has unique conditions to recognize needs that do not reach services as explicit demands.

The analysis also highlights the importance of workforce qualification. The absence of specific training in mental health and psychoactive substance use limited professionals' confidence and reinforced dependence on specialists. Continuing health education and matrix support emerge, in this context, as fundamental strategies to transform social representations and care practices. More than occasional training, these strategies should start from the real problems of the territory, promote critical reflection on prejudices and strengthen co-responsibility between reference teams and specialized teams.

Conclusion

The social representations of Family Health Strategy professionals regarding people who use psychoactive substances guide care practices marked by initial reception, referral to specialized services, fear, insecurity and partial recognition of health needs. The centrality attributed to specialized treatment reveals limits in the appropriation of primary care as a legitimate space for care in mental health, alcohol and other drugs. To strengthen the workforce and health systems, it is necessary to invest in continuing education, matrix support, harm reduction and reorganization of work processes, so that teams can recognize people who use psychoactive substances beyond their consumption, as singular subjects with multiple needs and rights.

References

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

JODELET, D. Representação social: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigação em psicologia social. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

PETUCO, D. R. S. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Org.). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

SCHNEIDER, J. F.; ROOS, C. M.; OLSCHOWSKY, A.; PINHO, L. B.; CAMATTA, M. W.; WETZEL, C. Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 22, n. 3, p. 654-660, 2013.

Palavras-chave: representações sociais; substâncias psicoativas; práticas de cuidado; atenção primária à saúde; força de trabalho em enfermagem.